УДК 616.5-002-616.89

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

[1]Страусева А.В., [2]Кениксфест Ю.В.

[1]Муниципальное бюджетное учреждение «Городская детская больница № 16», Екатеринбург, e-mail: nespera@mail.ru;
[2]ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии» Минздрава России, Екатеринбург

Атопический дерматит – хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание кожи, характеризующееся зудом и возрастными особенностями клинических проявлений. Несмотря на многочисленные исследования, этиология и патогенез атопического дерматита еще недостаточно изучены. Среди страдающих атопическим дерматитом выраженные психические расстройства выявляются в 20–35% случаев. До настоящего времени в патогенезе атопического дерматита рассматривали патологию невротических и аффективных психопатологических регистров – неврастенические, депрессивные, тревожно-фобические расстройства.

Ключевые слова: атопический дерматит, терапия, нервно-психические расстройства

MODERN CONCEPTIONS OF MENTAL DISORDERS IN ATOPIC DERMATITIS

[1]Strauseva A.V., [2]Keniksfest Y.V.

[1]City Children's Hospital № 16, Ekaterinburg, e-mail: nespera@mail.ru;
[2]Ural Research Institute of Dermatovenerology and Immunopathology of Ministry of Health of the Russian Federation, Ekaterinburg

Atopic dermatitis – a chronic inflammatory skin disease characterized by itchingandage characteristics of clinical manifestations. Despite numerous studies, the etiology and pathogenesis of atopic dermatitisis still not well understood. Among topic dermatitis pronounced mental disorders are detected in 20-35% of cases. So far in the pathogenesis of atopic dermatitis treated neurotic pathology and affective psychopathology registers-neurotic, depressive, anxiety and phobic disorders

Keywords: atopic dermatitis, therapy, neuro-psychiatric disorders

Атопический дерматит (АД) относится к мультифакториальным заболеваниям со сложным и многогранным патогенезом. Исследования последних лет отражают участие в патогенезе АД практически всех интегрирующих систем организма и ключевых звеньев его основных функциональных систем. О сложности патогенеза дерматоза свидетельствует и тот факт, что пока нет обобщающего представления о механизмах его развития.

В развитии АД принимают участие экзогенные (физические, химические и биологические) и эндогенные (роль нервной системы, ЖКТ, генетической предрасположенности и иммунных нарушений) факторы. Патогенетические механизмы заболевания полиморфны и не противоречат, а скорее, дополняют друг друга. Большое патогенетическое значение в развитии АД придается вегето-сосудистым и нарушениям центральной нервной системы.

Цель настоящего исследования заключается обобщении литературных данных о возникновении и развитии нервно-психических расстройств у больных атопическим дерматитом.

Результаты исследования и их обсуждение

По мнению аналитически ориентированного психологического направления, АД относится к классической психосоматической восьмерке [3, 10].

У 60–70% детей АД, начинаясь с первых месяцев жизни, сохраняет свои клинические признаки на протяжении многих лет, приобретает хроническое течение, оказывает неблагоприятное воздействие на физическое и психическое развитие ребенка, резко снижает качество жизни больного и всей его семьи, приводит к социальной дезадаптации, способствует формированию различных психосоматических нарушений[7].

Ряд исследований отечественных и зарубежных авторов посвящен вкладу триггерного стрессорного воздействия в этиопатогенез АД. По разным оценкам степень зависимости от частоты психогенных обострений АД составляет 40–86% [9, 11, 14]. Однако стрессовые факторы, способные вызвать АД, судя по данным литературы, отличаются неоднородностью. В качестве значимых психогенных факторов в обыденной жизни чаще всего упоминаются сложные межличностные отношения, болезни

родственников, конфликтные ситуации на работе и семье, безработица, учебный процесс [21, 22]. Gupta M.A., с соавт. (2005) понятие психологической травмы соотносит с тяжелой формой стресса, при которой исчерпываются копинговые ресурсы личности и нормальные гомеостатические механизмы [15]. Очевидна роль психогенных воздействий и неблагоприятных ситуаций как факторов, провоцирующих манифестацию (44% наблюдений) или экзацербацию (81,3% наблюдений) заболевания, и на примере следующего исследования пациентов, страдающих АД [9]. При этом наблюдалось сочетание нескольких типов психотравмирующих ситуаций. Среди психических травм, приводящих к рецидиву дерматологической патологии, значительное место принадлежало необратимым утратам, «ударам судьбы»: смерть или внезапная инвалидизация близких (33,9% наблюдений), длительная хроническая болезнь родственников, требующая ухода за ними (42,2% наблюдений). Существенный вклад в формирование АД вносили психогении, возникающие по механизму «ключевого переживания»: неудачи в общественной жизни или служебной деятельности (снижение уровня доходов в семье, увольнение с работы и т.п. – 47,7% наблюдений; внутрисемейные и межличностные конфликты, зачастую приводящие к разводам, смене места жительства и т.п. – 58,7% наблюдений). Само по себе обострение кожного процесса явилось тяжелым психическим стрессом в 62,3% наблюдений. Таким образом, психогенно провоцированная экзацербация проявлений АД, связанная с совокупностью социальных, ситуационных и нозогенных факторов, отмечалась более чем в половине наблюдений[9].

В работах выполненных на нейрофизиологическом уровне с целью определения биологических механизмов острого или хронического стресса также указывается влияние на возникновение или усиление симптомов АД [14, 18].

Основным патофизиологическим звеном реализации влияния стресса на течение АД, традиционно считается гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая система, обеспечивающая передачу регулирующих воздействий от центральной нервной системы (ЦНС) к иммунной, эндокринной и другим системам в условиях стресса. У пациентов с АД выявлена гипореактивность гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы в условиях стресса, что может служить благоприятным фоном для развития или обострения атопии под воздействием психогенных факторов [6].

Вторым вероятным механизмом осуществления стрессовых влияний на состояние кожи считается участие нейропептидов и их рецепторов в передаче импульсов между ЦНС, клетками кожи, иммунной системой. Выделяют концепцию нейрогенного воспаления при АД. При психогенном обострении АД в схему иммуновоспалительного ответа включается стресс- индуцированная выработка регуляторных нейротрофинов и нейропептидов, что в конечном итоге ведет к нарушению продукции цитокинов и дисбалансу в системе клеточного иммунитета, провоцируя иммунное воспаление [6, 19].

Другим возможным механизмом трансформации психогенных воздействий в обострение АД является участие невральных путей передачи сигналов между ЦНС и кожей. Это предположение возникло на основе таких клинических симптомов, как симметричность расположения высыпаний, исчезновение высыпаний в зоне денервации кожи и быстрое возникновение эритематозных высыпаний и зуда после стресса, которые могут быть вызваны прямой активацией кожных нервов. [6].

Считается, что факторами риска развития депрессии у дерматологических больных является женский пол, наличие высыпаний на открытых участках тела (лицо, кисти), также длительность существования и степень тяжести высыпаний, молодой возраст [2]. При этом, как отмечает большинство авторов, выраженность депрессивных расстройств всегда тесным образом коррелирует с выраженностью кожных проявлений [5, 11].

К числу важнейших факторов риска возникновения невротической депрессии у детей и подростков относится биологически обусловленный психический дизонтогенез, в основе которого могут быть различные вредности, воздействующие на организм ребенка на отдельных этапах развития – антенатальном, натальном и постнатальном периодах. Большое значение имеют не только пороки развития мозга, связанные с поражением генетического материала, внутриутробными нарушениями, но и патологии родов, инфекциями, интоксикациями и травмами раннего постнатального периода, следствием которого является резидуально-органическая недостаточность головного мозга – минимальная мозговая дисфункция. Резидуально-органически обусловленная недостаточность ЦНС нередко связана с патологией отделов мозга, осуществляющих эмоциональное обеспечение жизнедеятельности и соответственно вегетативную регуляцию [1, 4].

У пациентов с АД психические расстройства выявляются в среднем в 21–43 % случаев [10, 17, 20]. По данным Т.В. Раевой (2006) пограничные психические расстройства при АД наблюдаются в 92 % случаев [11]. При тяжелом течении АД более чем у 2/3 больных превалирует психическая патология невротического (тревожно-фобические, неврастенические расстройства) и аффективного (депрессии) круга [10].

В рамках самостоятельного направления исследований рассматривается вклад личных девиаций в развитие АД. Попытки выделить специфичный для АД тип личности не увенчались успехом [16]. Единой концепции, позволяющей оценить роль склада личности при психосоматических расстройствах у пациентов с АД, не предложено. Наиболее часто из набора личностных характеристик выделяют тревожность, эмоциональную лабильность, раздражительность, депрессивность, невротизм [10, 11].

Следует отметить, что у больных АД отмечается весь спектр нозогенных реакций, агравирующих течение болезни. Это происходит вследствие рецидивирующего, резко зудящего характера заболевания, его устойчивости к терапии, а также косметически значимой локализации высыпаний. При этом кожная симптоматика и провоцированные ею психогении сами по себе обладают психотравмирующим воздействием, запуская прогредиентное торпидное течение заболевания с образованием новых волн обострений «внутри» рецидива и приводя к формированию так называемого порочного круга. Таким образом, психические расстройства тесно интегрируются в общую клиническую картину заболеваний кожи [9].

По данным А.В. Сухорева, Р.Н. Назарова (2002) частота использования примитивных психологических защит (смещение, регрессия) у пациентов с АД выше, чем у здоровых людей, что не позволяет им самостоятельно разрешить существующие внешние и внутренние конфликты и является источником невротизации личности [12].

Больному АД присущи некоторые невротические черты характера: склонность к отчуждению, эмоциональная лабильность, чувство подавленности, напряжения, агрессивности, тревожности, иногда депрессия и ипохондрия. Вместе с тем многие авторы отмечают, что интеллект больных АД обычно выше среднего [8].

В ряде исследований приводятся данные о том, что психологический профиль больного АД характеризуется депрессией, напряженностью и тревогой, по мнению авторов, обусловленными собственно дерматологической патологий: непредсказуемостью течения заболевания, мучительным зудом и уродующим характером заболевания [10, 11, 13].

Хотя изучение роли психогенной провокации и расстройств личности в манифестации и экзацербации АД до настоящего времени остается актуальным, соучастие психоэмоциональных воздействий и расстройств личности в патогенезе данного дерматоза – лишь один из аспектов сложной системы психосоматических соотношений. Предметом исследования в ряде работ служат также психические нарушения, коморбидные АД. При этом чаще всего в фокусе авторов находятся аффективные и тревожные расстройства, которые интерпретируются как обусловленные или спровоцированные АД [10].

Депрессии при АД диагностируются в среднем у 55–80 % больных, при этом усиливается субъективные и объективные проявления кожного заболевания – зуда, нарушается привычный образ жизни, качество жизни заметно снижено, особенно при тяжелых формах дерматоза [5, 9]. Результаты исследования депрессии и тревоги у пациентов с АД, представленные в современной литературе, преимущественно основываются на тестовых методиках, проводятся в основном дерматологом (или совместно с психологом) и констатируют предрасположенность пациентов с АД к развитию тревоги и депрессии [13].

А.В. Миченко, А.Н. Львов (2008) указывают, что АД по основному признаку, симптоматической лабильности, традиционно относится к категории психосоматических соотношений, обозначенных психогенно провоцированными соматическими расстройствами. Авторы отмечают, что при АД только часть случаев можно отнести к этой группе, так как у многих пациентов течение АД может иметь полностью аутохтонный характер [10].

Заключение

При формировании АД отмечается участие различных факторов риска возникновения психических расстройств, частота которых значительно превышает уровень таковых у здоровых детей и даже страдающих другими психосоматическими расстройствами. Большая представленность как биологических (генетических и церебрально-органических), так и психосоциальных факторов риска возникновения психических расстройств с определенностью свидетельствует о значительности роли психической, в частности аффективной, патологии в генезе АД у детей.

Таким образом, несмотря на большое внимание различных авторов к проблеме психосоматических расстройств АД, ее ключевые аспекты еще далеки от разрешения, их роль в этиопатогенезе этого заболевания оценивается неоднозначно, а многие вопросы, касающиеся взаимосвязи патологических кожных процессов и психического состояния изучены недостаточно. На сегодняшний день не существует интегративной модели АД, есть отдельные психические нарушения, которые рассматриваются как следствие АД. Такое положение затрудняет разработку и применение новых эффективных методов лечения.

Список литературы

1. Антропов Ю.Ф. Роль депрессии в патогенезе кожной патологии у детей и подростков // Актуальные вопросы дерматологии и венерологии / Сб. тр. юбилейной конференции посвященной пятилетию кафедры 5-6 июня 1997. – М., 1997. – С. 58-64.

2. Белоусова Т., Львов А., Дороженок И. Нозогенные психические расстройства, обусловленные дерматологической патологией // Врач. – 2007. – № 2.

3. Гиндикин В.Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства. // Справочник. – М.: «Триада-Х».- 2000. – С. 42-44.

4. Дороженок И.Ю. Психодерматология (психосоматические аспекты хронических дерматозов) обзор литературы. Часть 1 // Психические расстройства в общей медицине (под редакцией Смулевича А.Б.). – 2008. – №1. – С.41–47.

5. Зайцева О.Г. Атопический дерматит: взгляд педиатра // Педиатрия-приложение к Consilium Medicum. – 2006. – Т.8, №1.

6. Иванов О.Л., Львов А.Н., Миченко А.В. Атопический дерматит: современные представления // РМЖ. – 2007. – Т. 15, № 19. – С. 1362-7.

7. Короткий Н.Г., Тихомиров А.А. Место системной энзимотерапии в комплексном лечении атопического дерматита у детей // Вопросы современной педиатрии. – 2004. – Т. 3, № 4. – С. 88-92.

8. Калюжная Л.Д. Принципиально новое направление в наружной терапии атопического дерматита // Дерматология.- Березень. – 2005. – №1. – С. 42-45.

9. Львов А.Н. Особенности психосоматического статуса у больных атопическим дерматитом и пути их комплексной коррекции. // Дис. …канд. мед. наук. – М., 2001.

10. Миченко А.В., Львов А.Н. Атопический дерматит: аспекты психосоматических расстройств. Обзор литературы // Психические расстройства в общей медицине. (под редакцией Смулевича А.Б.). – 2008. – №1. – С. 47-52.

11. Раева Т.В. Психические расстройства в дерматологической клинике (клинико-патогенетические и реабилитационные аспекты). //Автореф. дис. …д-ра мед. наук. – Томск.-2006.

12. Сухорев А.В., Назаров Р.Н. Дезадаптационные расстройства при хронических дерматозах. // Журнал дерматовенерологии и косметологии. – 2003. – №1. – С. 3-6.

13. Brzoza Z., Badura-Brzoza K., Nowakowski M. et al Symptoms of anxiety and depression in atopic eczema / dermatitis syndrome. // Psychiatr Pol. – 2005. – Vol. 39. – P. 691-9.

14. Gieler U., Kupfer J., Niemeier V., Brosing B. Psycher and skin disease: what's new? // J EuAcad Dermatol Venerol. – 2003. – 17. – P. 128-30.

15. Gupta M.A., Lanius R.A., Van der Kolk B.A. Psychologic trauma, posttraumatic stress disorder, and dermatology. // DermatolClin. – 2005. – 23 (4). – P. 649-56.

16. Harth W., Gieler U. Psychosomatische dermatologie. Springer MedizinVerlag // Heidelberg. – 2006.

17. Niemeier V., Harth W., Kupfer J. et al. Prevalence of psychosomatic disorders in dermatologic patients: experiences in two dermatology clinics with a liaison therapy model. // Hautarzt. – 2002. – 53. – P. 471-7.

18. Paus R., Theoharides T.C., Arck P.C. Neuroimmunoendocrine circuitry of the «brain and skin connection». // Trends Immunol. – 2006. – 27. – P.32-39.

19. Panconesi E., Hautmann G. Psychophysiology of stress in dermatology: the psychobiologic pattern of psychosomatics. // DermatolClin.- 1996. – №14. – P.399–422.

20. Picardi A., Abeni D. Stressful life events and skin disease disentangling evidence from myth. //PsychotherPsychosom. – 2001. – 71 (2). – P.123-6.

21. Raap U., Werfel T., Jaeger B., Schmid-Ott G. Atopische Dermatitis und psychischer Stress. //Hautarzt. – 2003. – 54. – P.925-9.

22. Upre M., Buggiani G., Lotti T. Stress and psychoneuroimmunoogic factors in dermatology.// Dermatolclin. – 2005. – Vol.23. – P.609-17.